

імунних комплексів тощо, та низькоінтенсивну лазерну терапію у вигляді надвеного опромінення крові, яке володіє імуноотропною дією, зокрема стимулює фактори фагоцитозу тощо.

Результати та обговорення. До початку лікування у хворих на червоний плоский лишай основної та порівняльної груп встановлено вірогідне порівняно з контрольною групою збільшення сироваткового рівня всіх фракцій циркулюючих імунних комплексів: великих розмірів (відповідно: на 38,1 % і 42,7 %, $p < 0,01$), середніх розмірів (на 41,6 % та 40,4 %, $p < 0,01$) і дрібних розмірів (на 53,6 % та 52,7%, $p < 0,001$), а також зниження фагоцитарного числа (відповідно на: 37,3 % та 36,4 %, $p < 0,001$) та фагоцитарної активності (відповідно: на 26,3 % та 24,7 %, $p < 0,01$). У пацієнтів основної групи після лікування відзначено вірогідне зниження рівня всіх фракцій циркулюючих імунних комплексів (велико-, середньо- та дрібномолекулярних) – відповідно: на 23,4 % ($p = 0,026$), на 24,8 % ($p = 0,007$) та 23,7 % ($p < 0,001$), а також вірогідне збільшення фагоцитарного числа та фагоцитарної активності (відповідно: на 47,1 %, $p = 0,004$ та 41,9 %, $p = 0,003$) за лише тенденції до нормалізації цих показників у пацієнтів порівняльної групи. Водночас у хворих основної групи також встановлено вірогідно кращі стосовно

осіб групи порівняння клінічні наслідки лікування дерматозу. Так, серед хворих на червоний плоский лишай із I (порівняльної) групи через 2 міс після початку лікування клінічне одужання визначено в 4 (9,5%) пацієнтів, значне поліпшення – у 15 (35,7 %), поліпшення – у 23 (54,8 %), серед хворих на червоний плоский лишай основної групи відповідно: в 8 (19,5 %), у 23 (56,1 %) та 10 (24,4 %) осіб. Шляхом застосування непараметричного дисперсійного аналізу Фрідмана встановлено, що за кількістю пацієнтів із клінічним одужанням і значним поліпшенням (у I порівняльній групі – 19 осіб, в основній групі – 31) порівняно із лише поліпшенням (відповідно: 23 та 10 осіб) вірогідно кращі клінічні результати терапії встановлено в основній групі хворих на червоний плоский лишай ($\chi^2_{1-3} = 7,99$ за критичного значення $\chi^2 = 3,48$).

Висновок. Застосування у комплексній терапії хворих на червоний плоский лишай поліензимного препарату (Вобензим) та низькоінтенсивної лазерної терапії (у вигляді надвеного лазерного опромінення крові) сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації сироваткового вмісту фракцій циркулюючих імунних комплексів та окремих показників фагоцитозу, а також вірогідно покращує клінічні результати лікування таких пацієнтів.

До проблеми комплексного лікування та профілактики демодікозу

Гірник Г. Є., Николайчук Х. Я.

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність проблеми. Демодікоз – це паразитарне захворювання шкіри, збудником якого є кліщ-залозниця (*Demodex Folliculorum*, *Demodex Brevis*). Це умовно-патогенний паразит, який мешкає у волосяних фолікулах шкіри, мейбомієвих залозах повік, сальних залозах шкіри. Неприятливі етіологічні фактори викликають порушення у злагодженому функціонуванні всіх органів і систем організму, внаслідок чого порушується робота сальних залоз, змінюється склад шкірного сала, фізіологічне кисле середовище якого стає лужним. Це призводить до активації кліща. Виникають запалення волосяного фолікула, еритема, лущення периферії

оральної та періорбітальної ділянок, утворення гострозапальних червоних вузликів і гнійників. Ураження очей проявляється постійним, іноді нестерпним свербінням, потовщенням та гіперемією краю повік, наявністю клейких виділень медового кольору, випадінням вій.

Мета роботи – дослідити ефективність застосування бальзаму лікувально-профілактичного для обличчя «*DemodexActive*» а також гелю для повік «*DemodexActive*» у комплексній терапії демодікозу.

Матеріали і методи. Під нашим клінічним спостереженням перебувало 22 пацієн-

ти з демодикозом віком від 30 до 60 років. Лікувально-профілактичний бальзам для обличчя «*DemodexActive*» а також гель для повік «*DemodexActive*» ми включили в комплексну терапію демодикозу, яка передбачає антипаразитарні засоби (метронідазол), десенсибілізуючу терапію, вітамінотерапію, судинні препарати, зовнішні засоби та лікування супутньої патології, переважно органів травлення. Лікувально-профілактичний бальзам наносили на уражені ділянки на попередньо очищену шкіру тонким шаром 2 рази на добу протягом 45 днів. Для лікування демодикозного блефариту невелику кількість гелю для повік наносили на попередньо ретельно очищену шкіру за допомогою тампона на паличці по краю верхньої та нижньої повіки 2 рази на добу (вранці та увечері). Через 30 хвилин залишки гелю видаляли серветкою. Тривалість лікування становила 45 днів.

Результати та обговорення. В результаті застосування бальзаму лікувально-профілактичного для обличчя «*DemodexActive*» а також гелю для повік «*DemodexActive*» у комплексній терапії демодикозу, на 4-5 день від по-

чатку лікування спостерігалось зменшення запальної реакції шкіри, а саме, зменшення яскравості висипань, відсутність свіжих папулопустульозних висипань і суб'єктивних відчуттів. На 12 день від початку лікування спостерігалось значне зменшення кількості висипань, крім того, об'єктивно відзначалось зменшення саловиділення і значно швидший регрес висипань. Повний регрес пустульозних висипань спостерігався, в середньому, через 4 тижні лікування. Стан, близький до клінічного одужання, тобто регрес усіх морфологічних елементів, окрім вторинної гіперпігментації, спостерігався у всіх хворих через 7-8 тижнів лікування.

Висновки. Лікувально-профілактичний бальзам для обличчя «*DemodexActive*» володіє сильною протизапальною і відновлювальною дією, швидко усуває симптоми захворювання. Гель для повік «*DemodexActive*» має багатосторонню дію: зменшує запалення, набряк, свербіж шкіри повік, усуває відчуття дискомфорту і печіння в очах, сприяє елімінації кліщів з уражених тканин. Отже, обидва препарати можуть бути рекомендовані для комплексного лікування демодикозу.

Роль раково-ембріонального антигену у діагностиці метастазів раку сечового міхура

Гладких Н. О.[†], Залюбовська О. І.[†], Поліон М. Ю.[‡]

[†]Харківський національний медичний університет

[‡]ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Хронічні запальні захворювання органів уrogenітальної системи, які викликані інфекціями, що переважно передаються статевим шляхом є тригерним фактом в розвитку новоутворень. Неможливо виключити трихомонадну інвазію з ланки розвитку раку сечового міхура. Базуючись цим, ми рахуємо, що комплексне обстеження хворих на хронічні запальні процеси органів уrogenітальної системи повинно включати методи ранньої діагностики новоутворень.

Проблема діагностики раку сечового міхура є однією з найактуальніших для клінічної онкології. Рак сечового міхура складає 35-50 % всіх форм урологічних онкологічних захворювань.

На протязі останніх 10 років широку роз-

повсюдженість отримав лабораторний метод діагностики злоякісних епітеліальних новоутворень за допомогою онкомаркерів, які визначають в сироватці крові. Тому оцінка ефективності доопераційної діагностики раку сечового міхура і його метастазів є важливими і актуальними. Визначення інформативності раково-ембріонального антигену в діагностиці пухлинного процесу та можливості і ефективності лабораторного моніторингу за розвитком злоякісного захворювання після оперативних втручання.

Мета дослідження – вивчити можливості ранньої лабораторної діагностики метастазів раку сечового міхура.